

Implementering av kommunikasjonsverktøyet SBAR på morgenmøter ved Medisinsk avdeling, STHF

Forfattere:

**Lise Mørkved Helsingen, Heidi Brinchmann, Karen Sofie Christophersen, Kathrina
Isachsen, Marthe Berge Pedersen, Anne Cecilie Tvedten, Marianne Tønnessen.**

K - 3



Prosjektoppgave i faget KLoK

Institutt for helse og samfunn, Det medisinske fakultet.

UNIVERSITETET I OSLO

Juni 2011

Sammendrag

Bakgrunn/ emne: Kommunikasjonsfeil er en viktig årsak til uaktsom pasientskade, og god kommunikasjon er derfor grunnleggende for en tilfredsstillende kvalitet på helsetjenester. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten forbereder en kampanje for pasientsikkerhet der de blant annet anbefaler innføring av kommunikasjonsverktøyet SBAR. Gjennom vår deltakelse på morgenmøter ved ulike sykehus, har vi opplevd at ustrukturert kommunikasjon er vanlig, og ønsket derfor å lage en plan for hvordan man kan innføre SBAR for å bedre dette.

Kunnskapsgrunnlag: For å unngå feil anbefales det å bruke et standardisert verktøy for overføring av pasientinformasjon, og SBAR er nettopp et slikt verktøy. Vi fant tre artikler fra studier som hadde innført tiltaket, og alle hadde signifikante resultater med tanke på forbedret kommunikasjon. Noen svakheter ved studiedesignet gjør at vi allikevel ikke entydig kan stole på resultatene.

Tiltak, metode og kvalitetsindikatorer: SBAR er en forkortelse for Situation, Background, Assessment og Recommendations. I denne prosjektplanen benyttes to uker til opplæring i bruk av verktøyet. I de fire påfølgende uker registreres SBAR-bruken daglig. I tillegg gjennomføres spørreskjeundersøkelser før og etter innføring for å måle legenes oppfatning av kvaliteten på den muntlige rapporten.

Organisering og ledelse: Gjennomføringen er basert på kunnskapssenterets "Metode for kvalitetsforbedring". Utgangspunktet er at en ansatt er initiativtaker, og at denne danner en prosjektgruppe med ansvar for utførelsen. Gruppa må ha forankring hos både ledelsen og legene for å minske motstand og for størst mulig sjanse til å lykkes. Prosjektgruppa må planlegge og gjennomføre prosjektet, inkludert innsamling og analyse av data, vurdere om målene for forbedring er nådd, og eventuelt gjøre forbedringer. I tillegg må de arbeide for at endringen opprettholdes.

Konklusjon: I litteraturen er SBAR vist å gi bedring i kvalitet på muntlig kommunikasjonen mellom leger i pasientrapporter. Det er relativt enkelt og lite kostnadskrevende å innføre, og det er sannsynlig at dette vil føre til en reell kvalitetsforbedring for pasientene. Vi anbefaler derfor at denne planen gjennomføres. Prosjektplanen er tilpasset medisinsk avdeling ved Sykehuset Telemark HF, men vil enkelt kunne tilpasses andre avdelinger.

Innholdsfortegnelse

Del I - 1. Introduksjon	4
2. Kunnskapsgrunnlag	5
2.1. Søkestrategi	5
2.2. Kommunikasjon og pasientsikkerhet.....	5
2.3. Aktuelle studier	5
2.4. Resultater.....	6
2.5. Er kunnskapsgrunnlaget godt nok?	6
3. Forbedringsarbeidet.....	7
3.1. Dagens praksis	7
3.2. Beskrivelse av tiltaket: Hva er SBAR?	7
3.3. Kostnad/nytte-vurdering.....	8
3.4. Motstand mot innføring av nytt kommunikasjonsverktøy	8
3.5. Kvalitetsindikatorer	9
3.5.1. Prosessindikator: Blir SBAR brukt på morgenmøtene?.....	9
3.5.2. Resultatindikator: Legenes opplevelse av kvaliteten på den muntlige pasientrapporteringen.....	10
3.5.3. Alternative indikatorer.....	10
4. Prosess og organisering	11
4.1. Organisering av selve forbedringsprosjektet.....	11
4.1.1. Forberedelse og planlegging.....	11
4.1.2. Utførelse.....	14
4.1.3. Kontrollere.....	15
4.1.4. Standardisere og følge opp ny praksis.....	15
4.2. Ledelsesaspekter	16
4.2.1. Forhold til ledelsen og prosjektets forankring i organisasjonen:	16
4.2.1. Motstand mot endring.....	17
4.3. Implementering i daglig drift og for fremtiden	18
4.3.1. Inkludere endringen i daglig drift og sikre den for fremtiden.....	18
4.3.2. Fortsatt forbedring fremover.....	19
5. Evaluering	20
6. Diskusjon	21
6.1. Svakheter med prosjektplanen	21
6.2. Gjennomførbarhet: problemer med organisering og ressursbruk	21
6.3. Bør prosjektet gjennomføres?.....	22
6.4. Bør prosjektplanen publiseres?.....	22
7. Konklusjon	23
8. Referanser	23
Del II - Beskrivelse av smågruppens egen prosess	Error! Bookmark not defined.
1. Valg av leder og organisering av gruppearbeidet.....	Error! Bookmark not defined.
2. Teamarbeid.....	Error! Bookmark not defined.
3. Utfordringer og problemløsning.....	Error! Bookmark not defined.
4. Hva vi har lært om kvalitetsforbedringsprosjekter og ledelse gjennom arbeidet	Error!
Bookmark not defined.	
5. Hvordan det var å jobbe i team under en leder	Error! Bookmark not defined.
6. Ledelsesmessige utfordringer, ved gruppeleder.....	Error! Bookmark not defined.

Del I - 1. Introduksjon

“Adverse Events is any occurrence that diminishes quality of care or that is inconsistent with the stated goal of the health care organization which is to cure or alleviate health problems and to promote health.” (1) “The overwhelming majority of adverse events involve communication errors.” (2)

God kommunikasjon er grunnleggende for en tilfredsstillende kvalitet på helsetjenester. Stadig mer av arbeidet i helsevesenet blir teambasert. Dette krever evne til å formidle korrekte opplysninger helsepersonell imellom. Ustrukturert avlevering av muntlig informasjon kan øke risikoen for forglemmelser, misforståelser og feil. Dårlig kommunikasjon er en hovedårsak til uaktsom pasientskade. (2, 3)

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (NAKS) forbereder nå en nasjonal kampanje for bedret pasientsikkerhet der kommunikasjon er et viktig tema: “Forbedringspotensialet er stort når det gjelder kommunikasjon mellom helsepersonell. Dette gjelder ikke bare mellom første og andrelinjetjenesten, men også internt på institusjoner.” I denne kampanjen vil NAKS legge frem flere anbefalinger for bedring av pasientsikkerhet, deriblant innføring av kommunikasjonsverktøyet SBAR. (4) SBAR er videreutviklet fra et liknende verktøy brukt i flyindustrien, og tilpasset helsevesenet av den amerikanske helseorganisasjonen Kaiser Permanente. (2) Det gir en mal for strukturen i overgivelse av muntlig informasjon, og kan brukes på alle nivåer av kommunikasjon om pasienter.

Forfatterne av denne oppgaven har erfaringer fra seks norske sykehus, og har alle opplevd at ustrukturert kommunikasjon er vanlig. I vår prosjektoppgave om kvalitetsforbedring i helsevesenet valgte vi derfor følgende problemstilling: ***Hvordan øke pasientsikkerheten gjennom å bedre kommunikasjonen mellom leger?*** Som tiltak valgte vi: ***Innføring av kommunikasjonsverktøyet SBAR på morgenmøtet på medisinsk avdeling, Sykehuset Telemark HF.*** Denne avdelingen ble valgt som eksempel siden vi har god kjennskap til den, da flere i gruppen har vært utplassert her. Vi har ikke grunn til å tro at kommunikasjonen ved denne avdelingen er bedre eller dårligere enn ved andre tilsvarende avdelinger ved norske sykehus.

2. Kunnskapsgrunnlag

2.1. Søkestrategi

Vi ønsket å finne ut om det er et kunnskapsgrunnlag som rettferdiggjør innføring av tiltaket. SBAR, ISBAR og SBAR OR "Situation, Background, Assessment, and Recommendation" ble valgt som søkeord. Vi søkte i databasene Cochrane Library og PubMed for internasjonale artikler, og i Tidsskrift for Den norske legeforening og SveMed+ for norsk/nordisk litteratur. I PubMed ga søket 102 treff. Vi sorterte ut relevante artikler tilgjengelig i fulltekst, og ekskluderte de som omhandlet bruk av SBAR i kommunikasjon kun mellom sykepleiere. Vi fant flere artikler om SBAR som kommunikasjonsverktøy, og tre artikler fra studier der SBAR var forsøkt implementert. Søk i Cochrane Library, Tidsskrift for Den norske legeforening og SveMed+ ga ingen ytterligere aktuelle treff. Til sist gikk vi gjennom referanselistene i artiklene for å finne annen relevant litteratur. Vi fant da ytterligere to artikler om kommunikasjon og pasientsikkerhet.

2.2. Kommunikasjon og pasientsikkerhet

Kommunikasjonsfeil er en viktig årsak til uaktsom pasientskade. (2, 3) I følge Velji et al. inkluderer kommunikasjonsfeil flere faktorer; ufullstendig, tvetydig og uklar informasjon, og uriktig og ineffektiv overføring av informasjon. (3) Dette kan ha individuelle, interpersonelle og systemiske årsaker. Faktorene bidrar alle til nedsatt pasientsikkerhet. (3) For å unngå kommunikasjonsfeil anbefales det å bruke et standardisert verktøy for overføring av pasientinformasjon. (2, 3, 5) SBAR er et eksempel på et slikt verktøy. I tillegg til bedret kommunikasjon, har flere av studiene hvor SBAR er implementert vist signifikant bedring i personalets oppfatning av avdelingens pasientsikkerhet. (3, 6)

2.3. Aktuelle studier

Vi fant tre effektstudier som omtaler implementering av SBAR. (3, 6, 7) Alle har et ikke-randomisert design og baserer seg på pre- og postintervensjons-undersøkelser. I alle tre studier er formålet med studien klart definert, og det foreligger en klar beskrivelse av studiedesignet. Studiene skiller seg noe i mål og måleverktøy, men alle har bedret pasientsikkerhet som et hovedmål, og benytter seg av før- og etterundersøkelser med spørreskjema som én evalueringsmetode. Flere har også benyttet fokusgruppeintervjuer.

2.4. Resultater

Studienes signifikante resultater etter innføring av SBAR presenteres her; i den ene studien fant man større åpenhet rundt kommunikasjonen, samt bedre kommunikasjon om feil. (3) Den andre studien fremhever SBAR som et godt kommunikasjonsverktøy, særlig i akuttsituasjoner, og fant at rapporter ble mer fullstendige og oversiktlige. Studien fant også endringer i bl.a. oppfatning av arbeid i koordinerte team, evne til problemløsning i team, og senket terskel for å stille spørsmål. Videre fant man bedring i opplevd pasientsikkerhet på avdelingen blant de ansatte, bedret rutiner for rapportering om bekymringer vedrørende pasientsikkerhet, bedre kunnskap om hvordan man skal rapportere, og bedre håndtering av medisinske feil. Etter studien ble SBAR innført i hele helseforetaket. (6) Den tredje studien viste bedring i legenes opplevelse av at pasientinformasjonen var strukturert, at mindre kritisk informasjon ble utelatt. Legene følte seg også sikrere på å overta pasientansvaret. Studien viste at tidsbruken ved handover (dvs informasjonsoverføringen om den enkelte pasient) ikke ble endret ved bruk av SBAR. (7)

2.5. Er kunnskapsgrunnet godt nok?

Innføring av SBAR er et effektspørsmål, og foretrukket design for å besvare dette er randomiserte, kontrollerte forsøk (RCT). Randomisering er viktig for i størst mulig grad å unngå systematiske feil som kan påvirke resultatet. Dobbeltblinding senker sannsynligheten for systematiske feil ytterligere. (8) Studiene er ikke RCT'er, og det er derfor risiko for at deler av resultatene skyldes systematiske feil. Randomisering ville kunne være gjennomførbart, men kreve noe større ressurser. Blinding er av åpenbare grunner ikke mulig. Ingen av artiklene har diskutert studiedesignet de har anvendt. I vårt kvalitetsforbedringsprosjekt legger vi altså tre ikke-randomiserte effektstudier til grunn. Til tross for signifikante funn i alle studier gjør svakheter ved designet at vi ikke entydig kan stole på resultatene. Ikke-randomiserte studier har en tendens til å overestimere effekt av utfallet, selv om effektene kan være reelle. (8) Andre svakheter ved studiene er lav responsrate på spørreskjemaene postintervensjonelt, liten studiepopulasjon og inkonsekvent bruk av SBAR, noe som også kan gi systematisk skjevhet. I disse studiene var bruk av SBAR ikke obligatorisk, og det kan tenkes at medarbeidere som var negativt innstilt til prosjektet ikke deltok. Det er også mulig at økt bevissthet på kommunikasjon i seg selv virket positivt inn på resultatene. Selv om studiene og vår oppgave er noe ulikt vinklet, mener vi at resultatene og

overføringsverdien er god nok til at vi kan bruke disse studiene som dokumentasjon på at tiltaket har effekt. Den australske studien har trolig størst overføringsverdi, da den omtaler kommunikasjon mellom leger i en vaktskifte-setting, og fordi australsk og norsk helsevesen har mange likhetstrekk. (7)

3. Forbedringsarbeidet

3.1. Dagens praksis

Ved Medisinsk avdeling, Sykehuset Telemark (STHF) er 60 leger ansatt. Morgenmøtet begynner klokken 08.00 og varer til 09.00. LIS-legen som har gått nattevakt rapporterer først om inneliggende pasienter ved intensivavdelingen. Deretter refereres utvalgte pasienter som har blitt innlagt siste døgn. Som støtte i rapporten brukes elektronisk pasientjournal og radiologiske bilder. Etter rapporten er det undervisning i 30 minutter. Undervisningen overføres til Kragerø sykehus tirsdager og torsdager.

Vi har intervjuet en overlege, en assistentlege og en turnuslege ved avdelingen og stilt dem spørsmålene i vedlegg 1 og 2. Ingen av legene husket å ha opplevd at feil i muntlig informasjon om pasienter hadde gitt negative konsekvenser, for eksempel i form av død, forverret sykdom, feilbehandling, forsinket diagnosetidspunkt, starttidspunkt for behandling, forlenget sykehusopphold eller liknende. De kunne imidlertid ikke utelukke at feil med slike konsekvenser kunne ha forekommet. Kommunikasjonsfeilen legene trodde det nåværende systemet ga størst risiko for, var utelatelse av relevant informasjon. Imidlertid mente de at dette kompenseres ved at alle nyinnlagte pasienter uansett gjennomgås på post. Alle legene mente at det nåværende systemet er tidseffektivt, men lite konsistent for hver pasient. De var enige i at dårlig strukturert informasjon kan påvirke deres forståelse av pasientens kliniske bilde på en negativ måte. De mente imidlertid at systemet i dag gir tilstrekkelig informasjon om pasientene slik at de kan påta seg ansvar for dem, og hadde tillit til at de i tilstrekkelig grad blir informert om hvilke pasienter som er av påtrengende tilsynsbehov.

3.2. Beskrivelse av tiltaket: Hva er SBAR?

Den amerikanske helseorganisasjonen Kaiser Permanente har videreutviklet et standardisert kommunikasjonsverktøy, opprinnelig brukt i luftfartsindustrien, og tilpasset det til medisinske forhold. Resultatet av dette er SBAR. (2) Dette er et enkelt og strukturert verktøy for oversiktlig, muntlig kommunikasjon mellom helsearbeidere. Ved

å bruke et standardisert verktøy i kommunikasjonen, vil man i større grad unngå å utelate viktig informasjon. (3) SBAR står for Situation, Background, Assessment, Recommendations (9), som kan oversettes med Situasjon, Bakgrunn, Analyse og Råd.

(S) Situasjon – hva er situasjonen du ringer/forteller om? Identifiser deg selv, avdeling, pasient, romnummer. Konstater kort problemet, hva det er, når skjedde eller startet det, og hvor alvorlig.

(B) Bakgrunn – relevant bakgrunnsinformasjon relatert til situasjonen: Antatt diagnose og dato for innleggelse, aktuelle medikamenter, allergier, vitale tegn, intravenøs væskebehandling, laboratorieresultater, inkludert dato og tid for når disse er tatt, resultater fra tidligere tester og annen klinisk informasjon.

(A) Analyse – hva er din vurdering av situasjonen?

(R) Råd – hva er dine råd/anbefalinger/hva ønsker du?

3.3. Kostnad/nytte-vurdering

Kostnadene ved implementering av SBAR innebærer arbeidstiden medlemmene av prosjektgruppen vil legge ned i planlegging, gjennomføring, og evaluering. I vår prosjektplan har vi satt av 18 uker til dette, og vi ser for oss at det er nødvendig at alle medlemmene bruker i gjennomsnitt to timer ukentlig på prosjektet i denne perioden. Senere vil prosjektet måtte standardiseres og ny praksis følges opp i minst ett år. Dette vil kreve arbeid i forbindelse med oppfølging av bruk av SBAR, kursing av nye ansatte og oppfriskningskurs. Dertil kommer materialkostnader til opptrykking av undervisningsmateriell, laminerte kort etc. Fordi opplæringen skjer i morgenmøtets undervisning, vil ikke lønn til deltakerne under opplæringen være en merkostnad. Totalkostnaden for å innføre verktøyet er altså relativt lav, og om dette fører til færre feil, vil investeringen være svært nyttig. Bruk av SBAR vil heller ikke gi økte indirekte kostnader i form av økt tidsbruk ved morgenmøtet. (7)

3.4. Motstand mot innføring av nytt kommunikasjonsverktøy

Legene vi intervjuet hadde delt entusiasme for innføring av ny struktur for muntlig kommunikasjon. Alle mente at et slikt forslag ville få en blandet mottakelse. De mente den viktigste faktoren for resultatet ved innføring av SBAR ville være i hvilken grad verktøyet har godt dokumentert effekt, da dette er avgjørende både for å ledelsen til å bevilge midler, og fordi de tidligere har opplevd at flere kvalitetsforbedringstiltak har blitt igangsatt uten tydelig effekt. Med grunnlag i dette ble det hevdet at mottakelsen av tiltaket kunne bli bedre om initiativtakeren var en entusiastisk kollega. Imidlertid mente

alle at det var essensielt at tiltaket var velfundert i ledelsen, av formelle, praktiske og økonomiske årsaker. Noen av legene trodde tiltaket ville kunne bli motarbeidet av negativt innstilte kollegaer.

3.5. Kvalitetsindikatorer

«En kvalitetsindikator er et indirekte mål, en pekepinn, på kvalitet og sier noe om kvaliteten på det området som måles.» (10) Vi har valgt to ulike typer indikatorer i henhold til “Rammeverk for et kvalitetsindikatorsystem i helsetjenesten”. (11)

3.5.1. Prosessindikator: Blir SBAR brukt på morgenmøtene?

At SBAR benyttes på morgenmøtene er en forutsetning for å kunne vurdere om verktøyet har en effekt på kommunikasjonen; slik sett er indikatoren relevant. Dette kan kontrolleres ved at en person registrerer bruken. Denne oppgaven kan tildeles en overlege, en helsesekretær, en turnuslege eller lignende. Grunnet turnusarbeid blant legene på avdelingen er det vanskelig for én og samme person å være tilgjengelig på ethvert morgenmøte. Det er sjelden helsesekretær tilstede. Avdelingsoverlegen er ordstyrer på morgenmøtene og derfor et lite egnet alternativ. Et viktig aspekt er at personen som registrerer om SBAR-strukturen benyttes i pasientrapporteringen, i mindre grad vil få med seg innholdet i informasjonen. En person som ikke har ansvar for inneliggende pasienter kommende døgn er derfor best egnet til registreringen. I vårt prosjekt gis derfor denne oppgaven til turnuslegen som har vekten kalt «Mottak forsterkning». Legen som har denne vekten har ikke ansvar for inneliggende pasienter, og er tilstede hele morgenmøtet da han/hun ikke har vaktcalling.

Registreringen kan skje ved at turnuslegen hver dag i fire uker registrerer det totale antall pasienter rapportert, og antall pasienter rapportert med bruk av SBAR. Dette noteres på et ark som dateres og legges i prosjektgruppas hylle etter morgenmøtet. For å registrere at SBAR er benyttet skal ordene Situasjon, Bakgrunn, Analyse og Råd spesifikt ha blitt nevnt. Dette sikrer at prosessindikatoren måles likt av alle som registrerer. Med denne registreringsmetoden er prosessindikatoren tilgjengelig og målbar, og i liten grad påvirket av ytre faktorer. Det er alltid risiko for subjektive tolkninger av om SBAR har blitt brukt eller ei, men dersom denne retningslinjen følges, vil dette minimeres. Prosessindikatoren er sensitiv for endring ved at andelen pasienter som rapporteres med bruk av SBAR registreres både i den fireukers

registreringsperioden og i oppfølgingsperioden. Slik får man et bilde av hvordan bruken endrer seg over tid.

3.5.2. Resultatindikator: Legenes opplevelse av kvaliteten på den muntlige pasientrapporteringen.

At kommunikasjonen bedres er målet for prosjektet, og å forsøke å kvantifisere dette er derfor hensiktsmessig for å kunne evaluere resultatet. Spørreskjemaet i vedlegg 1 brukes til å måle dette. Her undersøkes legenes subjektive opplevelse av kommunikasjonen på morgenmøtet. Dette er relevant fordi det er legene som mottar informasjonen og benytter seg av denne. Bruk av spørreskjemaer før og etter innføring av tiltaket gir mulighet til å kvantifisere denne subjektive opplevelsen på en billig, lite tidkrevende og sammenliknbar måte. Spørreskjemaer gjør resultatindikatoren tilgjengelig, målbar og tolkbar, med de begrensninger som diskuteres nedenfor. Vi valgte å ta utgangspunkt i spørreskjemaet som ble brukt i studien til Thompson et al., da denne omhandler implementering av SBAR i legers vaktskifte, og således likner mest på vårt prosjekt. (7)

Spørreskjema som evalueringsverktøy har både sterke og svake sider. Tallskalaer gjør det enkelt å framstille svarene og å sammenlikne før- og etter-resultatene. Slik kan man måle effekten av tiltaket. Imidlertid vil spørsmålene tolkes subjektivt, og svarene være deretter. Dette gir mulighet for feiltolkning av resultatene. Det er derfor viktig at spørsmålene er relevante, entydige og at de ikke er ledende. Spørsmålene og svaralternativene må være så sensitive at de fanger opp endring i legenes oppfatning av kommunikasjonen før og etter tiltaket. Gradering av svaralternativene fra 1-6 bidrar til dette. Spørreskjemaet omhandler de samme emnene belyst med ulike spørsmålsstillinger noe som også øker sensitiviteten for endring. Ved tolkningen må det vurderes om konfunderende faktorer kan påvirke resultatet; eksempelvis kan intervjuobjektets oppfatning være farget av erfaring fra liknende prosjekter, vedkommende er negativ eller positiv til prosjektet av andre årsaker, eller svarer det han tror prosjektgruppa eller ledelsen ønsker å høre, heller enn å svare ærlig.

3.5.3. Alternative indikatorer

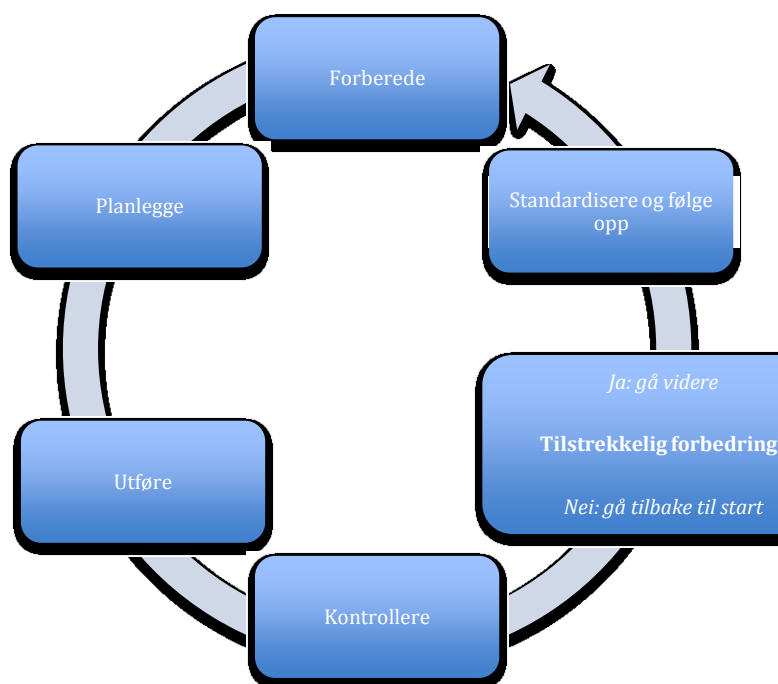
Semistrukturerte intervjuer eller fokusgrupper ville gi større rom for nyanser i svarene, og således være mindre begrensende enn et spørreskjema, men ville være langt mer tid- og ressurskrevende. Å sammenlikne og tolke resultatene ville også vært vanskeligere. Vi

har derfor valgt bort dette. Den optimale resultatindikator ville vært å se på harde endepunkter som redusert feilbehandling, redusert dødelighet eller liggetid på sykehuset. Det er imidlertid vanskelig å måle i hvilken grad endringer i harde endepunkter er en direkte effekt av tiltaket. Slike tall kan være preget av tilfeldig variasjon, noe som gjør det vanskelig å fordele "skyld" mellom legene og naturen. (12)

4. Prosess og organisering

4.1. Organisering av selve forbedringsprosjektet

Ved planleggingen av prosjektet har vi har brukt kunnskapssenterets modell for kvalitetsforbedring (Figur 1), som bygger på Demings klassiske PDSA-sirkel. I tillegg har vi benyttet et SBAR-implementeringsverktøy fra Toronto Rehabilitation Institute, samt forhørt oss med en nøkkelperson i Ahus opplæring av SBAR blant sykepleiere. (13-15)



Figur 1: Modell for kvalitetsforbedring (13)

4.1.1. Forberedelse og planlegging

4.1.1.1. Erkjenne behov for forbedring og kartlegge nåværende praksis: Før man planlegger implementeringen av et kvalitetsforbedringstiltak, bør man undersøke om det foreligger et forbedringspotensiale der man ønsker å innføre tiltaket ved å utføre en enkel undersøkelse om pasientsikkerhetskultur, ved å bruke for eksempel Helsedirektoratets "...Og bedre skal det bli –testskjema". (16) Ved evalueringen av en slik undersøkelse vil man få tak i om de ansatte synes det foreligger et

forbedringspotensiale når det gjelder pasientsikkerhet på sin arbeidsplass. Vi brukte heller spørsmålene i vedlegg 1 og 2 til å intervju tre leger ved avdelingen, for å få innsikt i om legene mente det kunne foreligge et forbedringspotensiale for kommunikasjonen på morgenmøtene. Man kunne også gjennomført fokusgruppeintervjuer, men dette ville være mer tid- og ressurskrevende.

4.1.1.2. Forankre og organisere forbedringsarbeidet: I samarbeid med ledelsen må initiativtakeren til forbedringen danne en prosjektgruppe, bestående av tre til fire medlemmer. For bred forankring i organisasjonen kan denne gruppa gjerne representere både overleger, assistentleger og turnusleger. Gruppen må så velge seg en leder, som er hovedansvarlig for utførelse og delegering av ansvar og oppgaver til de andre gruppemedlemmene. Tid og ressurser til planlegging og gjennomføring av prosjektet må fremskaffes. At ledelsen ser prosjektet som nyttig er dermed en forutsetning. Prosjektet må være i tråd med enhetens visjon; pasientbehandling, kvalitet og utvikling av organisasjonens ledelse og arbeidsmiljø, er blant Sykehuset Telemarks uttalte satsningsområder. (17) Dette kvalitetsforbedringsprosjektet faller således inn under sykehusets verdier og strategier.

4.1.1.3. Klargjøre kunnskapsgrunnlaget: Medlemmene av prosjektgruppa må lese seg opp på tilgjengelig litteratur om temaet. Dette er belyst nærmere i avsnittet om kunnskapsgrunnlaget. Søkestrategien som er beskrevet vil også kunne brukes til å finne litteratur som er publisert på et senere tidspunkt enn da vi gjorde søket.

4.1.1.4. Sette mål og utvikle måleverktøy: Prosjektgruppa må, i samarbeid med ledelsen ved avdelingen, sette seg et realistisk mål for hva de ønsker å oppnå, og så utvikle metoder for å kunne vurdere om disse målene er nådd. I det følgende følger vårt forslag til løsning på denne oppgaven. Det overordnede målet for prosjektet er å bedre pasientsikkerheten på Medisinsk avdeling, STHF, ved å bedre kommunikasjonen om pasienter på morgenmøtene via implementering av kommunikasjonsverktøyet SBAR. For å kunne si om endringen har funnet sted, og om dette representerer en forbedring fra tidligere praksis, har vi utviklet to kvalitetsindikatorer. Disse er beskrevet tidligere.

Når det gjelder prosessindikatoren kan man fremstille andel pasientrapporter overbrakt etter SBAR-strukturen ved hjelp av Statistisk prosesskontroll (SPC). Dette er et måleverktøy som kan brukes til å vise hvordan en prosess forandrer seg over tid, gir informasjon om nivået på prosessen, og om den er stabil eller uforutsigbar. (18) Dersom opp mot 80 prosent eller mer av pasientrapporteringen i denne perioden foregår ved hjelp av SBAR, mener vi man kan være godt fornøyd med gjennomføringen av prosjektet. For spørreundersøkelsen brukt til å vurdere resultatindikatoren, må man vurdere hvert enkelt spørsmål for seg, og se hvordan svarene endrer seg mellom før- og etterundersøkelsen. Man kan bruke en Mann Whitney U-test, som er en av de mest brukte signifikanstester for pardata. (19) Vi mener at scoringene på minst tre av spørsmålene i spørreskjemaet bør ha endret seg signifikant til det bedre (p -verdi $<0,05$) mellom før- og etterundersøkelsen, for at prosjektgruppen skal kunne si at de har nådd sitt mål om bedret kommunikasjonskvalitet.

4.1.1.5. Pilotfase: Før prosjektet iverksettes bør det gjennomføres en pilotering av prosjektet. Dette gjennomføres som en egen runde i figur 1; prosjektet planlegges og gjennomføres i en mindre skala, for deretter å evalueres slik at planene for prosjektgjennomføringen eventuelt kan tilpasses. En mindre gruppe leger, for eksempel legene på hjerteposten, får den samme opplæringen i tiltaket som det som er planlagt for resten av avdelingen. Det er viktig at både læringsmateriell og tidsbruk er det samme som er planlagt for prosjektet. Etter gjennomført undervisning bruker disse legene SBAR i sin muntlige kommunikasjon om pasienter. Etter 14 dager med SBAR-bruk gjennomføres fokusgruppeintervjuer hvor man belyser om opplæringen var tilstrekkelig og av god nok kvalitet, og om legene opplevde at tiltaket har potensiale til å kunne bedre kommunikasjonen på avdelingen. I tillegg vil man kunne få tilbakemeldinger på aspekter ved prosjektet som man kanskje ikke hadde tenkt på i utgangspunktet, dette må man så ta med seg videre i forberedelsene før implementering på hele avdelingen. Det vil være vanskelig å registrere i hvor stor grad SBAR benyttes i pilotfasen, da man på de ulike postene ikke har faste møter hvor man rapporterer pasienter. Dette betyr at man ikke får testet ut prosessindikatoren på forhånd. En utprøving av før-etterundersøkelsen (resultatindikatoren) kan derimot gjøres på samme måte som beskrevet for prosjektgjennomføringen på hele avdelingen. Det er viktig at man i fokusgruppeintervjuene får tilbakemelding fra deltakerne i pilotfasen på dette

spørreskjemaet; var spørsmålene klart og tydelig formulert? Fungerte svaralternativene? Var det elementer ved kommunikasjonen som ikke ble belyst?

Beskrivelsen av organiseringen av prosjektet i de neste avsnittene, forutsetter at pilotfasen fungerte godt nok, og at man fremdeles mener at det er sannsynlig at prosjektet vil kunne føre til en kvalitativ forbedring av kommunikasjonen. Dersom det motsatte er tilfellet, må man gå gjennom i figur 1, og vurdere hvilke endringer man kan gjøre for at gjennomføringen kan bli bedre. Ved omfattende endringer må man pilotteste på nytt før man eventuelt kan implementere prosjektet på hele avdelingen.

4.1.2. Utførelse

I to uker benyttes morgenundervisningen mandag, onsdag og fredag til opplæring i bruk av SBAR. Tirsdag og torsdag utelates ettersom undervisningen disse dager overføres til Kragerø. Mandag den første uken gjennomgås kunnskapsgrunnlaget, hva SBAR står for og hvordan man ser for seg implementeringsprosessen med opplæring, prøveperiode og kontrollfase (f.eks. ved å vise og forklare diagrammet i figur 2). Det kan være nyttig å dele ut noen gode artikler som omhandler SBAR da noen kanskje vil fatte interesse for prosjektet og ønsker å forberede seg. Onsdag vises en undervisningsfilm som viser bruk av SBAR i en klinisk setting. Det åpnes for diskusjon om hvordan SBAR brukes, og det deles ut caser som legene kan forberede til fredag. På fredag er det øvelse i bruk av SBAR ved hjelp av caser. Demonstrasjonsfilmer og gode tips til undervisning kan bestilles via referanse 14. Ved å bruke oppmøteliste registreres alle som deltar, slik at man får en oversikt over hvor mange som ikke har mottatt undervisning. I den andre uken oppmuntrer man legene til å begynne å bruke SBAR under rapportgivningen. I den påfølgende undervisningen gjennomfører man samme opplegg for de legene som av ulike grunner ikke var tilstede én eller flere dager den første uka. For legene som derimot var tilstede tilbyr man nå en utvidet opplæring og veiledning i bruk av SBAR, med fokus på øvelser ved hjelp av caser. Etter endt undervisningen deles det ut laminerte kort i lommestørrelse med en forkortet versjon av SBAR påtrykket. Australske helsemyndigheter har produsert et slik kort som kan brukes som inspirasjon i utformingen. (20) Fredag i den andre uken repeterer man prosjektets videre gang, man forklarer hvordan registreringen av SBAR-bruk skal foregå de neste fire ukene, og hvordan prosjektet vil bli evaluert etter dette. I tillegg må man ha tid til å svare på eventuelle spørsmål fra de ansatte.

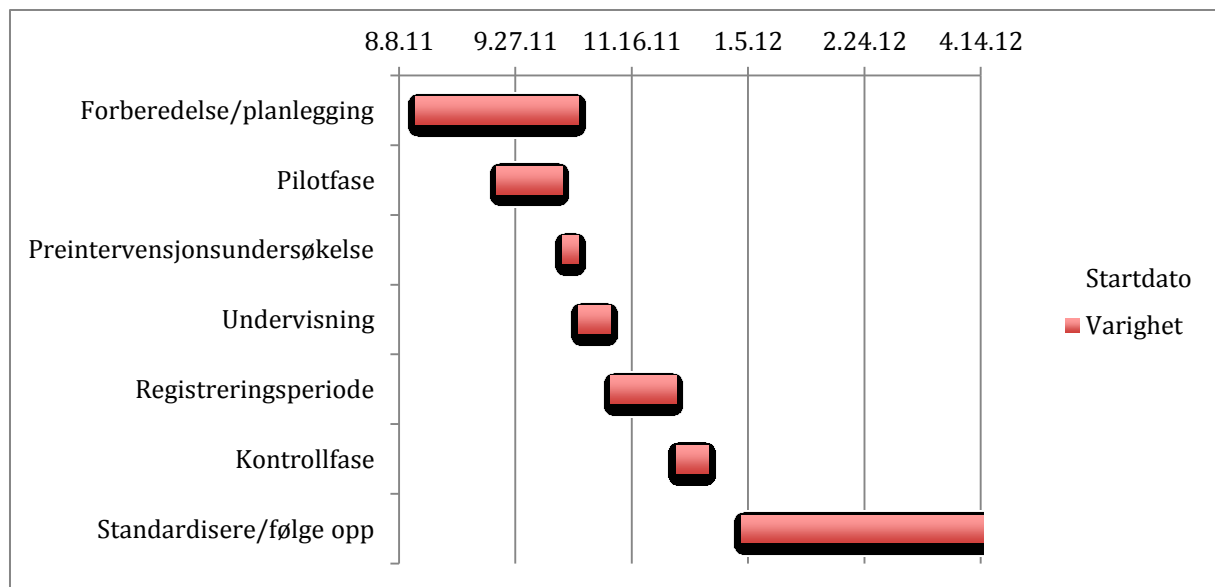
Nå skal SBAR benyttes ved morgenmøtets pasientrapport. I en fireukers periode får turnuslegen som har vekten «mottak forsterkning» hver morgen ansvaret for registreringen. Han/hun noterer antall pasienter som refereres og antallet av disse hvor SBAR ble benyttet på riktig måte – ved at man går gjennom alle de fire punktene i riktig rekkefølge. Dette notatet leveres så prosjektgruppen. Som et visuelt hjelpemiddel kan SBAR-plakater være plassert på strategiske steder i møtelokalet. I denne fasen må man kontinuerlig kunne tilby en kort innføring i SBAR til nytt personell, studenter og andre ansatte som av ulike årsaker ennå ikke har deltatt på undervisning.

4.1.3. Kontrollere

Effekten av tiltaket evalueres ved at spørreundersøkelsen gjentas (vedlegg 1). Ved å analysere og sammenlikne svarene med preintervensjonsundersøkelsen, vurderer prosjektgruppen om målene de hadde satt seg er nådd, eller om det er behov for ytterligere forbedringer i organiseringen av prosjektet. I tillegg kan man arrangere fokusgruppeintervjuer hvor man får fram hva legene på avdelingen mener om prosjektet og bruken av SBAR. En bør få frem hva som er erfaringene med kommunikasjonsverktøyet, og eventuelle forslag til forbedringer. Motstand mot bruk av SBAR må identifiseres. Dersom forbedringen ikke er tilfredsstillende, eller det avdekkes stor motstand mot prosjektet, bør man på nytt gå gjennom punktene i figur 1.

4.1.4. Standardisere og følge opp ny praksis

Dersom implementeringen av SBAR har vært vellykket må man sikre fortsatt bruk for fremtiden. Undervisning i SBAR inkluderes i et opplæringsprogram for nyansatte. I tillegg kan man én uke to ganger i året registrere i hvor stor grad SBAR blir benyttet på morgenmøtene, med påfølgende gjentakelse av spørreundersøkelsen. Disse resultatene sammenliknes med de opprinnelige resultatene etter den fire uker lange registreringsperioden. I tillegg må man arrangere gjenoppfriskningskurs på den ukentlige morgenundervisningen 1-2 ganger årlig. Ved behov kan det gjennomføres fokusgruppeintervjuer der de ansatte fritt får ytre meninger og forslag til forbedringer eller endringer. Dette er mer utførlig beskrevet i avsnittet om "Implementering i daglig drift og for fremtiden".



Figur 2: Organisering av prosjektet

Datoene er satt for å illustrere tidsperspektivet, og kan lett endres ved å bruke excel-dokumentet i vedlegg 3. Varighet av oppgave vist ved boksstørrelse svarende til antall dager: Forberedelse/planlegging; 70 dager, pilotfase; 28, preintervensjonsundersøkelse; 7, undervisning; 14, implementering; 32, kontrollfase; 14 og standardisere og følge opp ny praksis; 365 dager. For boksen som omhandler standardisering og oppfølging av ny praksis er ikke den fullstendige boksstørrelsen vist grunnet tidsaksen i diagrammet. Det er et åpent tidsrom mellom de to siste fasene, dette skyldes at juleferien kommer på dette tidspunkt, og kan med andre ord sløyfes dersom prosjektgjennomføringen foregår på en annen tid. Med fordel kan man da også planlegge noe lenger varighet av kontrollfasen.

4.2. Ledelsesaspekter

4.2.1. Forhold til ledelsen og prosjektets forankring i organisasjonen:

Definisjonen på ledelse er å påvirke et team til å arbeide mot et felles mål. Ledelsen skal inspirere de ansatte, og finne strategier som kan benyttes for å nå målet, innenfor de rammer og kjerneverdier organisasjonen har. (21) Viktige organisatoriske avgjørelser i helsevesenet tas ofte av relativt autonome klinikere perifert i organisasjonen.

Helsesystemet kan altså ses på som et invertert hierarki, der klinikerne har større makt og innflytelse når det gjelder utførelse av de daglige rutiner enn det ledelsen har. (22) På bakgrunn av dette er det nødvendig at ledelsen forhandler og blir enig med de involverte klinikerne om hvordan endringer skal gjennomføres. Dette prosjektet er basert på at prosjektgruppa får innspill fra legene ved avdelingen, og det er svært viktig at prosjektgruppa og ledelsen tar klinikernes synspunkter til etterretning. Gjør man ikke det, er det sannsynlig at motstanden mot gjennomføringen blir stor. Å hjelpe mennesker er en viktig motivasjon for de fleste leger. Implementering av oppgaver med mål om å

bedre situasjonen for pasientene, og samtidig gjøre arbeidsdagen for klinikerne mer effektiv, har derfor stor sannsynlighet for suksess. (21-23)

Det beste utgangspunktet for endring i helsesystemet er når endringsforslaget kommer fra profesjonen selv. (21) Betydningen av kollegial påvirkning som basis for forandring er derfor et sterkt kort. (23) Dette ble også nevnt som en positiv faktor da vi intervjuet tre av legene ved avdelingen; det ble hevdet at mottakelsen av tiltaket kunne bli bedre dersom det var en engasjert og entusiastisk kollega som tok initiativ, snarere enn ledelsen. Dette prosjektet er derfor tenkt ledet og organisert av både turnus- , assistent- og overleger. Prosjektet er allikevel helt avhengig av godt samarbeid med ledelsen av flere årsaker, bl.a. for å få tilgang til nødvendige ressurser for gjennomføring. Dette var legene vi intervjuet ved avdelingen helt enige i. De mente også at det ville være uproblematisk å få bevilget penger dersom tiltaket var veldokumentert. For å overbevise ledelsen må man bruke litteratur som dokumenterer at endringen har effekt, noe vi har vist i avsnittet om kunnskapsgrunnlaget.

4.2.1. Motstand mot endring

Kotter og Schlesinger har identifisert fire hovedårsaker til motstand mot endring, og har utviklet en modell for å minimere motstand mot endring i en organisasjon. (24)

Disse fire hovedårsakene er:

- **Egeninteresser** : Fokus på konsekvensene endringen vil ha for en selv, snarere enn konsekvenser den vil få for avdelingen. Dette kan bunne i frykt for merarbeid eller at man ikke ser indikasjon for endring av kommunikasjonsmåte.
- **Misforståelser**: Dette kan skyldes kommunikasjonsproblemer eller inadekvat informasjon, som kan bunne i manglende informasjon om prosjektet eller negative rykter om endringstiltaket.
- **Lav toleranse mot endringer**: Enkeltindivider er mer eller mindre bevisst opptatt av stabilitet og sikkerhet på arbeidsplassen, og misliker endringer i ulik grad. Gjentatte, mer eller mindre vellykkede, endringsprosjekter kan bidra til såkalt "endringstretthet".
- **Forskjellig forståelse/oppfatning** : Lederne ved avdelingen kan være uenige i grunnlaget for endringen, og i fordeler/ulempen ved å innføre dette. Diskrepans i holdninger til prosjektet innad i ledelsen, eller mellom ledelsen og de andre ansatte, vil

kunne føre til at sterke individer, som er motstandere av endringen, vil kunne drive en betydelig lobbyisme blant de andre på avdelingen.

Teoriene om endringsmotstand og -tretthet ble i noen grad bekreftet i våre intervjuer av legene på avdelingen. For å overvinne slik motstand kreves at det nye tiltaket ikke er mer tidkrevende, og fungerer minst like bra som nåværende kommunikasjonsform. Fokus på at tiltaket vil kunne bedre pasientsikkerheten, samarbeidet og effektiviteten på avdelingen er svært viktig. De ansatte har, ved å involvere seg i prosjektet, en god mulighet til å delta i forskningsarbeid som senere kan publiseres. Dette fungerer som en stor motivasjon for mange. Hvis noen betviler kunnskapsgrunnlaget for effekten av SBAR, er det viktig å påpeke nytten av å lage forskning ut av dagligdags praksis, heller enn å vente på nye oppdagelser. (12) For de endringstrette må man understreke viktigheten av å være i en kontinuerlig endringsprosess. Alle utøvende leger burde ha som mål å stadig forbedre seg. (12)

4.3. Implementering i daglig drift og for fremtiden

Å sikre videreføring av endringen når fokuset på prosjektet avtar, er et lederansvar. (13) Vi har tatt utgangspunkt i modellen PPO når vi skulle identifisere faktorer som spiller inn ved implementering av en endring, og på hvordan man opprettholder og sprer forbedringen. (25)

4.3.1. Inkludere endringen i daglig drift og sikre den for fremtiden

Det er viktig å kartlegge hva organisasjonens tidligere erfaringer med endringsarbeid er; om det er negative erfaringer med å vedlikeholde forbedringer, er det helt nødvendig å avdekke årsakene til at endringer ikke opprettholdes. Dersom organisasjonen tidligere har mislyktes i å implementere endringer, bør man ha dette i fokus fra første stund. Prosjektgruppen bør strebe etter å skape en kultur på avdelingen som motiverer til kontinuerlige forbedringer. Et helt essensielt mål for å inkludere og bevare endringer er å få ansatte og ledelsen til å trekke i samme retning som prosjektgruppa. Dette sikrer man gjennom en strukturert og overbevisende presentasjon av prosjektet for både ledelsen og for legene. Det må vises til resultater etter innføring av metoden i tidligere forskningsprosjekter, og man må overbevise legene om at SBAR fungerer minst like bra som den opprinnelige kommunikasjonsmetoden. Prosjektgruppa og ledelsen må ha fokus på forslag til forbedringer, som kan identifiseres gjennom bruk av spørreskjemaer og ved å utføre fokusgruppeintervjuer. Man må også presentere resultatene for

avdelingen på en troverdig måte; ved å benytte en signifikanstest vil man kunne vise om innsatsen har ført til en reell forbedring. Har det ikke ført til noen signifikant endring må man være ærlig også på dette.

Ledelsen, både den administrative og den kliniske, er betydningsfulle for å opprettholde endringen. Prosjektgruppa må oppdatere ledelsen kontinuerlig over prosjektets utvikling gjennom for eksempel regelmessig informasjon per e-post eller informasjon på ledermøter. At prosjektet er forankret i sykehusets strategier vil være en viktig kilde til å opprettholde fokuset på tiltaket. For de kliniske lederne er det viktig å tydeliggjøre fordeler prosjektet har for pasientene, personalet og organisasjonen, og sikre deres tro på at det er realistisk å gjennomføre prosjektet. En vellykket pilotfase kan bidra til å vise dette. Gjennom prosjektgruppas sammensetning vil man kunne sikre seg at alle leger føler seg involvert og representert. Ved å merke seg de mest engasjerte medarbeiderne, som nyttiggjør seg godt av SBAR, kan man spørre dem om tips til hvordan deres engasjement kan spres til de andre. Dette er en veldokumentert metode for arbeid med kvalitetsforbedring, som går ut på å identifisere "positive deviance", og å bruke dette for å skape endring på gruppenivå. (26)

For å sikre at SBAR-bruk opprettholdes på tross av utskiftninger i personalet/ledelsen, kan man nedfelle opplæring av SBAR i et nyansattprogram for nye leger/turnusleger. I tillegg bør man ha årlig gjenoppfriskningskurs i bruk av SBAR. Det er viktig å sikre at ansvaret for SBAR videreføres dersom ansvarlige slutter på avdelingen. For å sikre opprettholdt bruk, foreslår vi at man to ganger årlig gjennomfører én uke med registrering av SBAR-bruk. Man kan i tillegg gjenta spørreundersøkelsen, og sammenlikne disse resultatene med resultatene fra postintervensjonsundersøkelsen i prosjektperioden. På denne måten vil man kunne oppdage tilbakefall til gammel praksis på et tidlig stadium, for så å gjennomføre nødvendige tiltak for å forhindre dette. Eksempler på slike tiltak er gjenoppfriskningskurs, utdeling av nye laminerte huskelistekort etc. Resultatene av disse målingene bør presenteres for de ansatte, slik at de også kan følge utviklingen.

4.3.2. Fortsatt forbedring fremover

Dersom prosjektet med innføring av SBAR i morgenmøtet på medisinsk avdeling har vært vellykket, kan man tenke på å utvide tiltaket til flere situasjoner der man overfører

muntlig pasientinformasjon, og også til andre avdelinger. Dette krever imidlertid engasjement, også på høyere ledelsesnivå på sykehuset, for å frigi tid og ressurser. Har man fått til en vellykket implementering på én avdeling, vil man imidlertid ha med seg mye kunnskap om hvordan man skal organisere og drifte en slik endring, og man vil kanskje også ha oppdaget engasjerte ansatte som kunne tenke seg å jobbe med implementeringen. Man må også her tydeliggjøre sammenhengen mellom organisasjonens mål og visjon og fordeler med implementeringen av SBAR.

5. Evaluering

Prosjektgruppa må evaluere effekten av innføringen av SBAR slik som beskrevet under avsnittet om kontroll i "modellen for kvalitetsforbedring". Etter implementeringsperioden på fire uker sitter prosjektgruppa på en del data som må analyseres for å få kunnskap om de lokale resultatene. Hvor ofte SBAR har blitt brukt finner man ved hjelp av registreringen som har foregått over en fireukersperiode, og om det har skjedd en endring med tanke på kommunikasjonskvalitet finner man ved hjelp av før- og etterundersøkelsen med spørreskjema. Under avsnittet "mål og måleverktøy" er våre forslag til målsettinger, og måleverktøy for å vurdere om man har nådd disse. Dersom prosjektgruppa selv ikke har kompetanse på dataanalyse og statistikk må de skaffe seg kunnskap om dette ved å lese litteratur om de foreslåtte metoder, eller be en statistiker om hjelp til å analysere dataene.

Forhåpentligvis vil legene oppfatte kommunikasjonen om pasienter på morgenmøtene mer konsistent, tilstrekkelig og strukturert etter innføringen av SBAR. Noen av legene vil kanskje også komme med gode ideer til hvordan kommunikasjonen kan bedres (vedlegg 1, punkt 9). Om man ikke ser noen forbedring i legenes angivelse av kommunikasjonskvaliteten, eller andelen pasientrapporteringer hvor SBAR benyttes er lav, må man bruke identifisere årsaker til hvorfor man ikke har nådd målsettingene man hadde for disse to kvalitetsindikatorene. Man må forsøke å finne måter å endre disse årsakene ved på nytt å gå gjennom de ulike fasene i figur 1. Man må vurdere om det er noe som kan gjøres annerledes i prosjektgjennomføringen for å nå målene i større grad. Kanskje må man også justere målsettingene? Må man jobbe mer med forankring av prosjektet hos ledelsen og avdelingen? Kanskje er motstanden hos de ansatte for stor? I

verste fall viser det seg at prosjektet ikke er gjennomførbart, eller ikke vil kunne gi forbedringene man håpet på, og man må heller rette søkelyset mot et annet område, som har et tydeligere forbedringspotensiale.

6. Diskusjon

6.1. Svakheter med prosjektplanen

I delen om kunnskapsgrunnlaget presenterer vi artiklene som vi i hovedsak har lagt vekt på i oppgaven. Vi konkluderer med at resultatene av disse studiene er noe usikre, hovedsakelig på grunnlag av at de er effektstudier som har brukt et ikke optimalt studiedesign. Dette kan naturligvis svekke prosjektet vårt. Vi mener allikevel at kunnskapsgrunnlaget er sterkt nok til at man kan forsvare å innføre SBAR, men at det er desto viktigere å vurdere effekten. Det må kunne måles en signifikant endring i svarene på før- og etterundersøkelsen, spesielt hvis man skal kunne anbefale at også andre avdelinger skal kunne innføre bruk av SBAR ved hjelp av denne prosjektplanen.

6.2. Gjennomførbarhet: problemer med organisering og ressursbruk.

Vi foreslår i vår prosjektplan at undervisningshalvtimen i tre morgenmøter i én uke brukes til opplæring og kursing. Total varighet på kursingen er altså ca halvannen time. Dette er en kort opplæringstid. Erfaringsmessig er imidlertid leger svært interessert i at møter og kurs bør være så kortvarige og effektive som mulig. SBAR er et relativt enkelt system, og vi tror at kursingen vi har lagt opp til er tilstrekkelig. Vi vurderte kursing utenfor arbeidstid, men dette ville sannsynligvis gi langt færre deltakere. Dette ble også trukket frem i våre intervju med legene på avdelingen. Selv om det bør kommuniseres til legegruppen at kursingen er obligatorisk, vil det være vanskelig for ledelsen å la manglende oppmøte få konsekvenser for den enkelte kursdeltaker. Man kan derfor ikke på forhånd vite hvor mange av legene som kommer til å delta på undervisningen. Et annet problem er at en ikke er sikret at alle deltakerne er tilstede på alle opplæringsdagene, ettersom legene går i vaktturnus. Dette ville kunne avhjelpes noe ved at kursingen blir gjentatt også uken etterpå. Tidligere i oppgaven har vi belyst at kostnaden ved implementering av SBAR sannsynligvis er liten i forhold til nytten av tiltaket. Organisering av tiltaket er rettet mot den faste internundervisningen på morgenen, og er tilrettelagt dette systemet. Ved å bruke tid som allerede er satt av til internundervisning, mener vi at undervisningsdelen av prosjektet vil kunne gjennomføres uten problemer. Derimot vil planleggingsfasen kunne by på problemer

med organisering og ressursbruk. Initiativtakeren må presentere planen for innføring av SBAR for ledelsen. Deretter må det dannes en prosjektgruppe som kan begynne å planlegge gjennomføringen. Det siste har imidlertid vi gjort langt på vei med denne oppgaven. Vi har tidligere sett på mulig motstand blant ansatte og ledere, og diskutert hvordan denne motstanden kan møtes. Vi kan allikevel ikke utelukke at slik motstand vil være så sterk at gjennomføringen blir vanskelig. Dette blir opp til initiativtaker og prosjektgruppa å finne ut av.

6.3. Bør prosjektet gjennomføres?

Ustrukturert kommunikasjon er en viktig årsak til uaktsom pasientskade. (3) NAKS trekker fram forbedring av kommunikasjon som en del av deres pasientsikkerhetskampanje (4), og det er allerede flere sykehusavdelinger i Norge som har innført SBAR blant helsepersonell. (15) SBAR er et enkelt og godt verktøy som har vist å kunne forbedre kommunikasjonen ved pasientrapporteringer, og dermed med all sannsynlighet øker pasientsikkerheten. Etter tidligere vurdering av svakheter, problemer, kostnader, ressurser og hvordan man kan møte disse utfordringene, vil vi derfor konkludere med at prosjektplanen vår er gjennomførbar.

Når det gjelder om den bør gjennomføres ved medisinsk avdeling ved Sykehuset Telemark, må man se på om det er et forbedringspotensiale her. Ut ifra tidligere nevnte intervjuer med leger på avdelingen, fant vi at legene stort sett er fornøyd med kommunikasjonen slik den er i dag, men at de ikke kan utelukke at det skjer feil med bakgrunn i dette. Det er dermed ikke et klart kommunikasjonsproblem på denne avdelingen. Allikevel er det en stor mulighet for at det foreligger et forbedringspotensiale da det kan være vanskelig å identifisere at én arbeidsmåte ikke er optimal før et reelt og bedre alternativ foreligger. Legene så på utelatelse av relevant informasjon som den største risikoen med det nåværende systemet, og dette kan konsekvent bruk av SBAR bidra til å forhindre. Vi mener derfor at avdelingen vil ha nytte av implementering av SBAR og anbefaler at prosjektet gjennomføres.

6.4. Bør prosjektplanen publiseres?

Problemet vi har valgt å fokusere på i vår oppgave; strukturering av kommunikasjon i rapport situasjoner blant helsepersonell, er aktuelt ved så å si alle avdelinger ved alle helseinstitusjoner. SBAR er et nyttig og enkelt verktøy som er blitt tatt i bruk i flere steder i Norge og i verden generelt, og det er relativt godt forankret i litteraturen.

Prosjektplanen i vår oppgave er tilrettelagt medisinsk avdeling ved STHF, men kan med noen små endringer også brukes ved andre avdelinger og sykehus. Dette gjelder blant annet hvordan man skal tilrettelegge undervisningen, da avsatt tid til internundervisning er ulikt lagt opp på de enkelte sykehus og avdelinger. SBAR er altså et verktøy vi vil anbefale også andre sykehusavdelinger å ta i bruk. Denne oppgaven gir en innføring i hva SBAR er, hvordan det kan implementeres og hvordan tiltakets effekt kan måles. I referanselisten kan man finne andre artikler som omhandler samme tema, og også retningslinjer og anbefalinger for implementering, deriblant anbefalt undervisningsopplegg. Noe som taler imot publisering er at vi ikke har resultatet av vårt prosjekt. For å få tak i dette må tiltaket implementeres ved avdelingen, og resultatene må kontrolleres. Dersom man da finner at implementeringen, ved å følge vår prosjektplan, gir en signifikant forbedret kommunikasjon, kan publisering være aktuelt, og dermed være til nytte for andre som ønsker å forbedre kommunikasjonen på sin avdeling.

7. Konklusjon

SBAR er et verktøy som gir en signifikant bedring i kvaliteten på den muntlige kommunikasjonen mellom leger i pasientoverleveringssituasjoner. Det vil være relativt enkelt og lite kostnadskrevenende å ta SBAR i bruk, og det er sannsynlig at dette vil føre til økt pasientsikkerhet. Vi vil derfor anbefale at tiltaket tas i bruk. Tiltaket vi har beskrevet i vår prosjektplan er tilpasset medisinsk avdeling ved Sykehuset Telemark HF, men vil kunne tilpasses andre avdelinger. Dersom en avdeling ved et senere tidspunkt skulle vurdere å ta i bruk SBAR, har vi beskrevet hvordan prosjektgruppen kan søke etter oppdatert informasjon og hvordan de vil kunne gå frem for å implementere og evaluere tiltaket.

8. Referanser

- 1) West E. Organisational sources of safety and danger: sociological contributions to the study of adverse events. Qual Health Care. 2000 Jun;9:120-6.

- 2) Leonard M, Graham S, Bonacum D. The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. *Qual Saf Health Care*. 2004 Oct;13 Suppl 1:i85-90.
- 3) Velji K, Baker GR, Fancott C, Andreoli A, Boaro N, Tardif G et al. Effectiveness of an Adapted SBAR Communication Tool for a Rehabilitation Setting. *Healthc Q*. 2008 ;11:72-9.
- 4) Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (internett). Hentet 10.06.2011. Tilgjengelig fra http://www.kunnskapssenteret.no/Publikasjoner/_attachment/11503?_ts=12dbc8d8353&download=true
- 5) Solet DJ, Norvell JM, Rutan GH, Frankel RM. Lost in translation: challenges and opportunities in physician-to-physician communication during patient handoffs. *Acad Med*. 2005 Dec;80:1094-9.
- 6) Beckett CD, Kipnis G. Collaborative communication: integrating SBAR to improve quality/patient safety outcomes. *J Healthc Qual*. 2009 Sep-Oct;31:19-28.
- 7) Thompson JE, Collett LW, Langbart MJ, Purcell NJ, Boyd SM, Yuminaga Y et al. Using the ISBAR handover tool in junior medical officer handover: a study in an Australian tertiary hospital. *Postgrad Med J*. 2011 May;87:340-4.
- 8) Bjørndal, A., Flottorp, S., Klovning, A. (2007): Kunnskapshåndtering i medisin og helsefag, 2. utgave. Oslo : Gyldendal akademisk.
- 9) Institute for Healthcare Improvement (internett). Hentet 10.06.2011. Tilgjengelig fra <http://www.ihl.org/IHI/Topics/PatientSafety/SafetyGeneral/Tools/SBARTechniqueforCommunicationASituationalBriefingModel.htm>
- 10) Helsedirektoratet, Fritt sykehusvalg. (internett). Hentet 10.06.2011. Tilgjengelig fra <http://www.sykehusvalg.no/Kvalitet/2109/>
- 11) Helsedirektoratet, Rammeverk for et kvalitetsindikatorsystem i helsetjenesten (internett). Hentet 10.06.2011. Tilgjengelig fra http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00319/Rammeverk_for_kvali_319359a.pdf
- 12) Gawande, A. (2007): *Better : a surgeon's notes on performance*. New York : Metropolitan.

- 13) Kunnskapssenteret (internett). Hentet 10.06.2011. Tilgjengelig fra www.ogbedreskaldetbli.no/metoder_verktoy
- 14) Trentham B, Andreoli A, Boaro N, Velji K, Fancott C. SBAR:A shared structure for effective team communication. An implementation toolkit. 2nd. Edition. Toronto Rehabilitation Institute, Toronto (internett). Hentet 10.06.2011. Tilgjengelig fra [http://www.torontorehab.com/TorontoRehabCorporate/media/Toronto-Rehab-Corporate/2nd-edition-of-SBAR-Toolkit_May-2010-\(2\).pdf](http://www.torontorehab.com/TorontoRehabCorporate/media/Toronto-Rehab-Corporate/2nd-edition-of-SBAR-Toolkit_May-2010-(2).pdf)
- 15) Elisabeth Einarson, Ahus, muntlig meddelelse.
- 16) Helsedirektoratet (internett). Hentet 10.06.2011. Tilgjengelig fra <http://www.ogbedreskaldetbli.no/237/hvorGodeErDereTestSkjema.pdf>
- 17) Sykehuset Telemark "Strategier for perioden 2011 - 2014 - fem strategiske satsningsområder" (internett). Hentet 10.06.2011. Tilgjengelig fra <http://www.sthf.no/omST/Verdier-og-strategier/>
- 18) Helsedirektoratet (internett). Hentet 10.06.2011. Tilgjengelig fra <http://www.ogbedreskaldetbli.no/237/hvorGodeErDereTestSkjema.pdf>
- 19) Aalen, O. O. & Frigessi, A. (2006): Statistiske metoder i medisin og helsefag. Oslo : Gyldendal akademisk.
- 20) Australian Government Department of Health and Ageing (internett). Hentet 10.06.2011. Tilgjengelig fra [http://www.health.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/content/com-pubs_CH-ISBAR-con/\\$File/ISBAR-PromptcardTemplate.pdf](http://www.health.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/content/com-pubs_CH-ISBAR-con/$File/ISBAR-PromptcardTemplate.pdf)
- 21) Swanwick, T. & McKimm, J. (2011): ABC of clinical leadership. Chichester : Wiley-Blackwell.
- 22) Mintzberg, H. (1983): Structure in fives : designing effective organizations. Englewood Cliffs, N.J. : Prentice-Hall.
- 23) Ham C. Improving the performance of health services: the role of clinical leadership. Lancet. 2003 Jun;361:1978-80.
- 24) Value Based Management (internett). Hentet 10.06.2011. Tilgjengelig fra http://www.valuebasedmanagement.net/methods_kotter_change_approaches.html
- 25) Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (internett). Hentet 10.06.2011. Tilgjengelig fra

http://www.ogbedreskaldetbli.no/metoder_verktoy/Verktoykasse/Forankre_og_organisere_forbedringsarbeidet/Sustainability

- 26) Positive Deviance Initiative (internett). Hentet 10.06.2011. Tilgjengelig fra <http://www.positivedeviance.org/>

Dette spørreskjemaet tar for seg den **muntlige** overgivelsen av pasientinformasjon i vaktrapport. Svaralternativene er tall fra 1 - 6, hvor 1 er "Helt uenig" og 6 er "Helt enig".

1. Det nåværende systemet er tidseffektivt	Helt uenig 1	2	3	4	5	Helt enig 6
2. Det nåværende systemet er konsistent for hver pasient	Helt uenig 1	2	3	4	5	Helt enig 6
3. Mengden informasjon jeg mottar om hver pasient er vanligvis nok til å dekke mitt behov for informasjon om denne pasienten (verken for mye eller for lite)	Helt uenig 1	2	3	4	5	Helt enig 6
4. Viktig informasjon om pasienter blir ofte ikke tatt med i den muntlig overgivelsen	Helt uenig 1	2	3	4	5	Helt enig 6
5. Overgivelse av pasientinformasjon er ofte dårlig strukturert	Helt uenig 1	2	3	4	5	Helt enig 6
6. Dårlig struktur på overgivelsen av pasientinformasjon påvirker min forståelse av pasientens kliniske bilde på en negativ måte (selv om all relevant informasjon blir tatt med)	Helt uenig 1	2	3	4	5	Helt enig 6
7. I de fleste tilfeller blir jeg tilstrekkelig informert om hvilke pasienter som er ustabile eller i påtrengende behov av tilsyn	Helt uenig 1	2	3	4	5	Helt enig 6
8. Totalt sett har jeg tillit til at det nåværende muntlige systemet gir meg tilstrekkelig informasjon om pasientene til at jeg kan påta meg ansvaret for dem	Helt uenig 1	2	3	4	5	Helt enig 6
9. Hvordan kan muntlig overgivelse av pasientinformasjon forbedres?	Svar:					

Fritt oversatt etter Thompson et al.

Vedlegg 2:

Spørsmål som ble brukt ved semistrukturert intervju av leger ved

Medisinsk avdeling, STHF.

- Hvor mange leger er ansatt ved din avdeling? (Medisinsk) - Hvor mange i din "gruppe" (turnusleger/LIS-leger/overleger)?
- Beskriv hvordan rutinene er for muntlig overlevering av informasjon om pasienter ved morgenmøtet? Følger denne informasjonsoverleveringen en bestemt struktur? Hvis ja, hvordan er denne strukturen?
- Har du noen gang opplevd at feil i kommunikasjon fikk negative konsekvenser for pasienten? (Eksempler: Død, forverrelse av sykdom, feilbehandling, forsinkelse i diagnosestilling og behandling, forlenget sykehusopphold eller liknende)
- Dersom noen ønsket å innføre en ny struktur for overlevering av muntlig informasjon, hvordan ville du ha reagert?
- Dersom noen ønsket å innføre en ny struktur for overlevering av muntlig informasjon, hva slags reaksjon tror du de ville fått blant legene som gruppe? Ville reaksjonen være annerledes om det var noen i ledelsen som kom med forslaget enn om det var noen blant de andre legene som gjorde det?
- Hva slags motstand tror du et slikt forslag ville bli møtt med? (Eksempler på motstand: Negativ omtale, latterliggjøring, ikke møte opp på kurs, at ledelsen nekter å sette av penger til kursing)

Oppgaver	Startdato	Varighet (dag)	Sluttdato
Forberedelse/planlegging	15.08.11	70	24.10.11
Pilotfase	19.09.11	28	17.10.11
Preintervensjonsundersøkels	17.10.11	7	24.10.11
Undervisning	24.10.11	14	07.11.11
Registreringsperiode	07.11.11	28	05.12.11
Kontrollfase	05.12.11	14	19.12.11
Standardisere/følge opp	02.01.12	365	01.01.13

